

Stellungnahme der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)*
zum Thema Patientenautonomie und Patientenverfügung

1. Die Respektierung und Förderung von Autonomie ist ein Grundanliegen der modernen Medizin und Palliativmedizin. Palliativmedizin ist „die aktive, umfassende Betreuung und Behandlung schwerstkranker Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung mit dem Ziel die Lebensqualität zu verbessern“. Palliativmedizin versteht sich auch als Antwort auf die immer lauter werdenden Rufe nach einer Legalisierung der Euthanasie. Mit dem Autonomieargument kann Euthanasie nicht gerechtfertigt werden, denn was ist eine stärkere Zerstörung von Autonomie als die gezielte Tötung eines Menschen auch auf dessen ausdrückliches Verlangen? Das Recht auf Selbstbestimmung ist kein Anspruchsrecht, das den Anspruch auf Erfüllung des Wunsches nach Tötung auf Verlangen legitimiert, sondern ein Abwehrrecht, das den Menschen schützt gegen seinen Willen oder ohne Zustimmung behandelt zu werden. Die Linderung von belastenden Symptomen ist die überragende medizinische Aufgabe der Palliativmedizin. Palliativmedizin versucht, den Menschen in seinen individuellen sozialen Bezügen und Wertvorstellungen zu verstehen und zu begleiten und Unterstützungsmöglichkeiten bei sozialen Problemen aufzuzeigen, wenn dies notwendig ist. Die Kommunikation über die den sterbenskranken Menschen und seine Angehörigen bewegenden existentiellen Fragen und Belastungen ist ein untrennbarer Bestandteil einer umfassenden palliativmedizinischen Betreuung.

2. Durch die zunehmende Bedeutung von Patientenrechten sollte die ethische Verantwortung für Entscheidungen nicht einseitig verlagert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Verhältnis zwischen Patient und Ärzten, Pflegenden und Therapeuten immer durch eine Asymmetrie der durch unterschiedliche Stärken und Schwächen gekennzeichneten Rollen bestimmt wird. In Situationen des Sterbenskrankseins, wenn Entscheidungsmöglichkeiten immer weniger oder nicht mehr vom betroffenen Patienten wahrgenommen werden können und der Tod schon wartet, verlagert sich die Entscheidungsverantwortung zunehmend auf andere (in erster Linie Ärzte, Angehörige, Betreuer und Bevollmächtigte) mit der Erwartung, dass deren Perspektive den Willen oder zumindest den mutmaßlichen Willen bzw. die sog. mutmaßliche Wirklichkeit des Patienten kennt, erkennt und respektiert.

3. Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen und Vorsorgevollmachten sind ein wichtiges Instrument zur Förderung des Dialogs und zur Gestaltung des Handlungsspielraums der Arzt-Patienten-Beziehung. Sie sind verbindlich, sofern sie sich auf die

konkrete Situation beziehen und keinerlei Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde. Patientenverfügungen sind Willensbekundungen für bestimmte Handlungs- bzw. Entscheidungssituationen, die immer nur aus der Außensicht solcher Situationen und nur in Ausnahmesituationen aus eigenem Erleben solcher Situationen entstanden sind. Entscheidungen in Grenzsituationen müssen sich grundsätzlich am Willen des betroffenen Patienten orientieren. Im Falle einer Nichteinwilligungsfähigkeit können schriftliche Vorausverfügungen jedoch die situativ abhängige und verantwortete eigene Meinungs- bzw. Urteilsbildung nicht ersetzen und dürfen die Verantwortung für die Konsequenzen medizinischer Entscheidungen nicht einseitig verlagern. Durch Gesten und Reaktionen können Manifestationen des „natürlichen Willens“ zum Ausdruck gebracht werden, die bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen sind. Im Spannungsfeld von Fürsorge, Nicht-Schaden, Selbstbestimmung und Gerechtigkeit müssen im individuellen Fall jedoch konkrete Anhaltspunkte für eine solche situative Willensänderung vorliegen, wenn eine Behandlungsentscheidung abweichend von einer früheren Willensbekundung getroffen werden soll. So sollte der Arzt, will er von der in einer Patientenverfügung niedergelegten Bekundung abweichen, „begründungspflichtig“ sein, wenn er den durch Gesten oder Reaktionen zum Ausdruck gebrachten „natürlichen“ Willen zum Handlungskriterium macht.

4. Die Notwendigkeit rechtlicher Regelungen sollte sich daran orientieren, ob durch sie die schwierige und allen Beteiligten besondere Verantwortung und Belastung abverlangende Entscheidungsfindung in sterbenahen Situationen bzw. im Falle einer Nichteinwilligungsfähigkeit gefördert oder gehemmt wird. Der respektvolle Dialog aller Beteiligten, um medizinisch und menschlich angemessenes Handeln in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen zu ermöglichen, sollte durch eine Verrechtlichung nicht noch erschwert werden.

5. Die Auseinandersetzung über Form, Inhalt, Reichweite, Gültigkeit und Umsetzung von Patientenverfügungen sollte durch einen gesellschaftlichen Dialog über die Aufgaben und die Verantwortung der Medizin für ein humanes Miteinander vor dem Hintergrund der demographischen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungen abgelöst werden. Die Forderung nach Respektierung von Autonomie sollte vor dem Hintergrund der Ambivalenz der technischen Möglichkeiten der modernen Medizin auch die Frage beinhalten, wie ethisch begründete Kriterien für deren humanen Einsatz gefunden werden können.

(30.9.2005)